



TITLE:

胃壁蜂窩織炎と膀胱頸部切除術により治癒した尿閉の一例

AUTHOR(S):

近江, 達; 阿部, 弘毅; 福田, 治彦; 染田, 邦幸

CITATION:

近江, 達 ...[et al]. 胃壁蜂窩織炎と膀胱頸部切除術により治癒した尿閉の一例. 日本外科宝函 1965, 34(2): 524-526

ISSUE DATE:

1965-03-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/206457>

RIGHT:

症 例

胃壁蜂窩織炎と膀胱頸部切除術により 治癒した尿閉の一例

有恵会 有沢病院 外科 (院長：有沢源蔵博士)

近 江 達・阿 部 弘 毅・福 田 治 彦・染 田 邦 幸

〔原稿受付：昭和39年12月1日〕

Phlegmonous Gastritis

by

SUSUMU OHMI, KOHKI ABE, HARUHIKO HUKUDA
and KUNIYUKI SOMEDA

From the Surgical Department, Arisawa Hospital

A 27-year-old female was admitted to our hospital, who had been ill in bed with polyarthritis rheumatica for the last three years. She often complained of pain, nausea, vomiting and burning sensation in her epigastrium. Since they became more severe after the admission, exploratory laparotomy was attempted on suspicion of peptic ulcer. No ulcer was found, however, even by gastrotomy, but there were adhesions caused by non-specific perigastritis and periduodenitis; A transmesocolic duodenojejunosomy was established for the adhesive kink of duodenojejunal flexura. After the operation, however, the symptoms persisted as before, so that re-operation was performed 3 months later. A small induration, $3 \times 3 \times 1.5 \text{ cm}^3$ in size, was found arising in the posterior gastric wall and gastric resection was carried out. Histological examination revealed a localized phlegmonous gastritis with microscopic abscesses lying in the muscle layer.

Another complaint of the patient was a chronic urinary retention, which resulted from hysterectomy she had undergone two years before. It was brought to disappear by the suprapubic bladder neck resection.

Stieda (1829) が剖検例によつて初めて報告した胃壁蜂窩織炎 (或は化膿性胃炎) は稀な疾患であつて、本邦に於ても報告例は少数であるが、最近われわれは限局性膿瘍型の1例を経験した。

また、この患者は子宮剔除術後の永続的尿閉を合併しており、膀胱頸部々分的切除術によつて治癒せしめることができた。これは本来ならば泌尿器科の領域に属するものであるけれども、いわゆる第一線病院では諸種の事情から外科医がこうした尿閉をも処理せねば

ならない場合も起り得るとおもわれるので、併記して御参考 to 供したい。

症 例

患者：27才，女性。

主訴：尿閉，心窩部空腹痛。

既往歴：3年前に行路病者として心不全，自律神経失調症のため某病院に収容されたが，左下肢さらに脊椎等の多発性関節ロイマチスに罹患し次第に離床不能

となつて今日に至つている。

現病歴：同病院で卵巣悪性腫瘍の診断で子宮及び付属器全剝出術をうけたが、術後から永続的尿閉に陥つた。泌尿器科医により巨大膀胱として種々の治療をうけたが効果がなく、主治医より当病院に紹介されたものである。また当時から心窩部に空腹痛や胸やけを覚えるようになった。

所見：体格中等大、栄養やや不良、腰椎・左股・膝・足関節に慢性炎症所見と高度の運動制限をみる。多数の虫歯があり、心肺に異常所見はない。腹部では心窩部の正中よりやや右寄りに圧痛・叩打痛を認めるが、腫瘤や抵抗はふれず、肝・腎・脾等は触知できない。Boas 圧痛点が左側陽性、小野寺圧痛点は左右ともに陽性、血沈 1 時間値 22、CRP テスト (+)、血中残余窒素量 40mg/dl、尿中蛋白弱陽性、尿沈渣に赤血球 (++)、白血球 (+)、円柱 (-)、上皮 (+)、大腸菌 (-)。

レントゲン胃透視所見として幽門部から十二指腸球部にかけて輪廓の変形があるがニッシェは見当らない。

泌尿器科的検査：排泄性ピエログラフィーで左腎發育不全と右腎軽度水腎症を認めた。膀胱鏡検査ではインジゴカルミン排泄開始は左側 4 分、右側 4 分 20 秒、膀胱容量は約 400cc で高度の膀胱炎所見と肉柱形成を認めるが、頸部には著変をみず、膀胱撮影では辺縁が小凹凸を呈している。なお膀胱内圧や括約筋圧の測定は行なわなかつた。

手術ならびに経過

1) 膀胱頸部切除術：尿閉に対して恥骨上式膀胱頸部切除術を行なつた。膀胱を切開すると内尿道口は略々正常大であるが頸部に軽度の肥厚を触知したので、頸部の粘膜及び筋層を型の如く楔状に切除した後、粘膜に縫合し小指が楽に挿入できる程度に頸部を拡張して術後 5 日間カテーテルを留置した。術後経過は非常に良好で仰臥位でも自然排尿が可能となり、2 年来の尿閉は完全に消失した。

2) 胃腸癒着剝離術、胃切開術ならびに十二指腸空腸吻合術：膀胱頸部切除術から一ヵ月後に消化性潰瘍の疑診のもとに開腹術を行なつた。胃体部、幽門部から十二指腸球部後面にかけて臍被膜との間に軽度の癒着があり、さらに Treiz 靱帯部でも十二指腸空腸移行部の癒着による屈曲通過障害を認めた。癒着剝離後も、胃十二指腸の漿膜面には潰瘍の存在を示すような

変化はみられなかつたので、胃体部前壁に約 10cm 長の切開を加えて粘膜面からも精査したけれども異状は認められなかつた。そこで症状は癒着、胃炎及び通過障害に基づくものと考え、Treiz 靱帯部での再癒着屈曲に備えて、十二指腸下曲と空腸との間に後結腸式側々吻合を設けて手術を終つた。しかし術後も依然として腹痛等が続くので 3 ヶ月後に再開腹を行なつてみた。

3) 胃切除術：胃十二指腸の癒着再発は殆んどないが、あらたに胃体部後壁の小彎よりに胃潰瘍をおもわせる約 $3 \times 3 \text{ cm}^2$ 大の硬結を発見したので、臍被膜及び横行結腸間膜との癒着を鋭的に剝離して胃切除術を行ない、ビルロート第二法に従つて後結腸式胃空腸吻合を設けた。

本標所見：胃前壁切開創は漿膜面に微細な線状癒痕認め得るだけで粘膜面は痕跡を留めず完治していた。胃粘膜には全体に萎縮性胃炎がみられる。病創は切開創に対面する後壁にあり粘膜に変化はなくレリーフ集中像等も認められない。その割面では漿膜及び筋層が相当高度に肥厚し、中央部の筋層内に約 1 cm^3 の黄色を呈し軟化した部分があつて少量の稀薄膿の浸出を認めたが、細菌の培養検出は行なわなかつた。

病理組織学的診断：胃筋層慢性膿瘍。粘膜には余り変化がなく、胃壁、殊に筋層の結合組織性肥厚があり、その中に大小様々の膿瘍が散在し形質細胞や淋球も多数みられ、化膿性炎症の慢性化した像を呈している。

考按ならびに総括

1) 尿閉に対する膀胱頸部切除術：子宮癌根治手術や直腸剝出術の骨盤内臓器の手術後に慢性尿閉を発症することは稀ではない。原因については、最近は一様に想像されるような手術による膀胱支配神経の損傷よりも、膀胱底部周囲支持組織が消失した結果、膀胱の有効な利尿的収縮が行なわれなくなるからであろうという説が有力となつてきており (Emmett)、さらに心因性要素の関与するところも少なくないとおもわれる。

治療法は、失調に陥つた膀胱利尿筋の収縮力を増強することがまず考えられるが、現在それは不可能であるので、減弱した収縮力に相応して内尿道口の抵抗を減弱するより仕方がない。それには陰部神経のブロックや切断術によつて括約筋弛緩を得る方法があるけれども、尿閉が長年月持続すると、しばしば膀胱頸部の線維性硬化を合併したり、利尿筋のみならず括約筋の

緊張も失なわれていることが多く、そうした場合にはそれらは無効に終る。

そこで、確実な唯一の手段はいわば水力学的利尿法であつて、器質的狭窄の有無に拘らず、膀胱頸部を観血的に切除して、低下した尿圧をもつてしても通過可能となるように内尿道口を拡張することである。

膀胱頸部切除には、経尿道式、恥骨上式、恥骨後式、YV成形術等の種々の術式が行なわれているが詳細は手術書を参照されたい。本例では簡易な恥骨上式を行なつて2年来の尿閉を治癒せしめることができた。ただその後もしばしば大腸菌等による膀胱炎に罹患したが、これは関節強直のため起坐不能で四六時中横臥しているので不潔となり感染の機会が多いからで、止むを得ないことであるが、その際にも術前のような失禁や尿閉は起らなくなつてゐる。

2) 胃蜂窩織炎：稀な疾患であつて Konjetzny (1928) は病理学的所見から、全面的胃蜂窩織炎と部分的胃蜂窩織炎に大別し、後者をさらに瀰慢性進行型と限局性停止型に分類している。他の胃炎が内科的治療を原則とするのに対して、これは当初から手術対象となることが多いのであるが、術前に診断が的中することは殆んどなく、炎症が急激に進行する場合には急性腹部症として開腹され、慢性型では胃癌や胃潰瘍と誤診したり、他の目的による開腹術の際に偶然発見されたりすることが多く、われわれの症例でも術前診断は不可能であつた。

蜂窩織炎が健康な胃に起ることはなく、発生には病原菌に対する全身的・局所的抵抗力の低下が必要であつて、栄養不良、過労、胃炎、酒客、外傷等が前提条件としてあげられている。また胃切除や胃腸吻合等の胃手術に続発することも多い。この症例でも胃前壁の切開術後に丁度対側の後壁に病巣が発生したのであるが、切開の際にそこを損傷したことはなく、またその切開縫合創が内腔面に突出して、これに後壁粘膜が接触して潰瘍が生じていたという組織学的根拠も認められない。従つて蜂窩織炎発生と胃切開との間に果して因果関係があるのか、どうか疑問であつて、それより

も臨床経過からみて、切開術以前からすでに静止感染が潜在していた可能性もあり得る。

組織学的には、通常粘膜下に於て最も高度の炎症性変化がみられるが、本例では病巣が主として筋層に存在したことが特異である。

これらを総合すると、この発生機序は、慢性胃炎、胃切開、ロイマチス等による全身的、局所的抵抗力減弱を好条件として惹起されたものであつて、病原菌の侵入門戸については、病巣の中心が筋層にあつたことから、粘膜面からの侵入よりも虫歯等からの血行性感染を有力視したい。

治療については、診断が困難なためもあつて保存的治療で治癒せしめた報告は稀で、概ね観血的治療が行なわれることが多く、衰弱が高度で手術侵襲に耐えられない場合には、止むを得ずドレイナージュ等の姑息的手術に甘んじねばならないが、原則的には、全身状態の許す限り積極的に胃切除を行なうのが最も好成績をあげている (安富1961)。

文 献

- 1) 山本 弘：脊髄膀胱と経尿道的膀胱頸部切除術。手術，8：879，昭29。
- 2) 落合京一郎：膀胱頸部障害症のY—V成形術。手術，16：249，昭37。
- 3) 落合京一郎：恥骨上経路による膀胱頸部切除術。日本外科手術全書，第9巻，389，昭35。
- 4) 川口修三郎：急性胃蜂窩織炎の1例。臨床外科，5：2，昭25。
- 5) 萩原義雄：胃壁蜂窩織炎。腹部内臓外科学，上巻，322，昭28。
- 6) 西村和夫：胃蜂窩織炎の2例。日本外科宝函，28：1470，昭33。
- 7) 安富 徹：胃ポリープを伴える胃壁蜂窩織炎の1例。外科治療，4：809，昭36。
- 8) 栗須慧太郎：急性胃蜂窩織炎の1治験例。外科，25：1023，昭38。